

Faculté de Médecine de Paris

223

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Février 1899, à 1 heure

PAR

Paul NARBONNE

Né à Chateaufort-sur-Loire (Loiret), le 16 Avril 1873

Licencié ès-sciences physiques et chimiques

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

KYSTES

DU

Canal de Nück

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

TROISIÈRE et HARTMANN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

223

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Février 1899, à 1 heure

PAR

Paul NARBONNE

Né à Chateaufort-sur-Loire (Loiret), le 16 Avril 1873

Licencié ès-sciences physiques et chimiques

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

KYSTES

DU

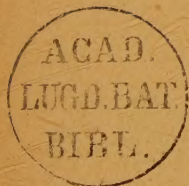
Canal de Nück

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

TROISIER et HARTMANN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN.
	PINARD

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Famille

A mes Amis

A Monsieur le Docteur G. Simonis Empis

Ancien Président de l'Académie de médecine

A Monsieur le Docteur Netter

Médecin à l'Hôpital Trousseau

A mon excellent Maître, M. le Docteur Blum

Chirurgien à l'Hôpital Saint-Antoine

A mes Maîtres, dans les Hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Guyon

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de médecine

INTRODUCTION

Malgré les nombreux travaux parus sur la question un moment si controversée de l'hydrocèle de la femme et des kystes du canal de Nück, il m'a paru intéressant d'y consacrer cette étude pour en fixer certains points de détail.

Mon attention a été attirée sur ce sujet à l'occasion d'un kyste du canal de Nück opéré au mois de juillet 1898 par mon excellent maître, Monsieur le Docteur Blum, à l'hôpital Saint-Antoine.

Mon travail consistera donc à faire l'histoire de ces collections séreuses dites hydrocèles de la femme ou kystes du canal de Nück, sans vouloir apporter une preuve nouvelle de l'existence du canal de Nück qui n'est plus contestée par personne.

Mais je demande d'abord de supprimer de la nomenclature chirurgicale les mots d'« hydrocèles de la femme » pour les remplacer par « kystes du canal de Nück » ; car si les premiers ont l'avantage de faire penser immédiatement à une affection siégeant chez la femme dans la région inguinale, les seconds n'ont pas l'inconvénient de définir des tumeurs de toutes sortes ; en effet, sous le nom d'hydrocèle de la femme,

les observateurs ont publié des cas nombreux de collections liquides ayant pour siège le pli de l'aine et, en particulier, la partie supérieure des grandes lèvres, sans préciser leur siège exact et leur origine.

Nous ne nous occuperons pas des kystes des glandes vulvo-vaginales ou de Bartolin, des kystes des bourses séreuses développées accidentellement dans la région du pli inguinal. Mais nous dirons quelques mots de certaines tumeurs kystiques étudiées en Allemagne par Wechselmann, Klob et Weber, sous le nom de « tumeurs du ligament rond » et considérées par eux comme développées dans la cavité centrale que présenterait chez le fœtus ce ligament primitivement creux : ces tumeurs étant développées dans la continuité du ligament rond.

Je refuserai aussi le nom de kystes du canal de Nüeck aux collections séreuses développées dans un sac herniaire déshabité, bien que, en France, ces tumeurs soient considérées comme hydrocèles de la femme. Berthelin (thèse de Paris (1894) dit en effet ; « Qu'est-ce qu'une hydrocèle ? — Nous ne pouvons mieux répondre qu'en citant la définition donnée par la chirurgie française et rapportée en tête de la thèse de Rabère (Rabère, thèse de Paris, 1883 : Essai sur la pathogénie des kystes séreux, dits hydrocèles de la femme). *Dans le langage chirurgical actuel le mot hydrocèle a chez nous tout au moins une signification nette et précise ; on entend désigner ainsi les collections séreuses contenues dans une poche dont les parois sont formées par un diverticule normal ou anormal et patho-*

logique du péritoine; et plus loin: pour nous, la difficulté de savoir l'origine exacte d'une collection séreuse, soit par les symptômes, soit par les anamnétiques, et fidèles à la définition de l'hydrocèle admise en France, à savoir: *Collection séreuse dans une dépendance normale ou anormale du péritoine*, nous comprendrons sous ce nom: 1° l'hydrocèle herniaire; 2° l'hydrocèle du canal de Nüch ».

Pour nous, nous n'accorderons le nom de kyste du canal de Nüch (hydrocèle de la femme) à l'accumulation de liquide dans un sac herniaire habité ou déshabité que dans les seuls cas où le sac n'est autre chose que le canal de Nüch et où l'on a affaire par conséquent à une hernie congénitale.

Les kystes du canal de Nüch seront donc, en France, les véritables hydrocèles chez la femme des Allemands (Wechselmann).

Toute collection séreuse développée et contenue dans un diverticule du péritoine persistant en partie ou en totalité d'une manière anormale dans le trajet inguinal définira donc un kyste du canal de Nüch.

Nous diviserons notre travail en :

- 1° Historique;
- 2° Etude anatomique;
- 3° Anatomie pathologique;
- 4° Etiologie et pathogénie;
- 5° Symptômes et diagnostic;
- 6° Traitement.

Tels sont les six chapitres qui me permettront de traiter mon sujet et que je présente à l'indulgence

de mes juges. Qu'ils veuillent bien y trouver l'empreinte des efforts que nous avons faits pour leur présenter un travail utile, pressé que nous sommes d'aller rendre service à des populations de campagne privées de médecin depuis douze ans.

Qu'il nous soit permis ici de remercier publiquement Monsieur le Docteur Blum à qui nous devons l'idée première de notre thèse et qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils. Qu'il reçoive aussi l'expression de notre plus vive reconnaissance pour l'intérêt tout paternel qu'il nous a porté durant les deux années passées dans son service; une année comme bénévole et stagiaire et une année comme externe.

Nous offrirons nos remerciements et l'expression sincère de notre entière gratitude à Monsieur le Docteur G. Simonis Empis, ancien président de l'Académie de médecine, pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu diriger nos premiers pas dans les études médicales.

Monsieur le Docteur Netter voudra bien croire à nos sentiments de reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué pendant l'année que nous avons passée comme externe dans son service à l'hôpital Trousseau.

Nous remercierons aussi le professeur agrégé A. Robin pour les leçons de clinique thérapeutique que nous avons recueillies dans son service comme stagiaire, et nous saluerons la mémoire du regretté Docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière,

qui nous a initié au soulagement des maladies mentales.

Monsieur le Professeur Guyon, nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; avec nos remerciements nous lui offrons l'hommage de nos sentiments respectueux.



Historique

Aétius parle le premier de la hernie aqueuse des grandes lèvres. Cette observation est tirée des écrits de la sage-femme Aspasie.

« La hernie aqueuse est une tumeur molle qui occupe tantôt une des grandes lèvres, tantôt les deux, et qui donne au toucher une certaine apparence de fluctuation..... Vous faites une incision..... Vous disséquez également cette tunique qui contient le liquide ».

Ambroise Paré cite le cas d'une petite fille de 6 à 7 ans chez qui il a incisé une collection séreuse de la région inguinale.

Tels sont les deux seuls auteurs de l'antiquité et du moyen âge qui semblent s'être occupés des collections séreuses du pli inguinal chez la femme, sans préciser leur siège exact et leur origine. Au XVIII^e siècle, Lecat, Desault, Lallement publient des observations de tumeurs liquides des grandes lèvres.

Au commencement du siècle, Palletta, Sacchi, Regnoli en Italie rapportent aussi quelques cas et parlent de la localisation de ces tumeurs. Regnoli fait même une monographie des tumeurs kystiques de la

région inguinale et les divise en 5 classes ; la 2^e comprend les hydrocèles dans le canal de Nück resté perméable et communiquant avec le péritoine ; la 3^e les hydrocèles dans le canal de Nück oblitéré à son orifice supérieur.

Schwammerdam en 1672 et Nück en 1692 avaient signalé et décrit un diverticule péritonéal accompagnant le ligament rond dans la grande lèvre. Warthon, Camper en avaient publié plusieurs dissections. Aussi Palletta, Sacchi, Regnoli avaient-ils localisé les hydrocèles de la femme dans le canal de Nück. Deneux en 1813 rapporte à propos d'une observation de Lassus : « Cette observation qui n'offre rien d'intéressant pour le diagnostic, prouve que l'anneau inguinal donne passage à l'ovaire ; démontre qu'un pareil accident peut être de naissance et semble confirmer l'opinion des anatomistes qui pensent que chez les petites filles le péritoine suit le ligament rond de la matrice à travers l'anneau des muscles costo-abdominaux pour former un canal qu'on observe quelquefois au moment de la naissance et même dans un âge avancé. »

Cloquet en 1817 donne plusieurs dissections de ce canal, ce qui n'empêche pas Velpeau dans son article « hydrocèle » du Dictionnaire en 30 volumes (1837), de nier l'existence du canal de Nück et de dire que la plupart des tumeurs dites hydrocèles de la femme ne sont que des kystes séreux, séro-sanguins, séro-muqueux des grandes lèvres.

A l'étranger, en Angleterre, en Amérique et en

Allemagne, les auteurs publient toujours des observations d'hydrocèle du canal de Nück. Bends (1853), Flemmings 1855, Lee 1857, Bennett 1870, Wile 1881, Barker, Earnest, Ingersoll.

Mais en France, Brochon, élève de Broca, nie le canal de Nück et soutient que la collection séreuse qui se développe quelquefois dans la région inguinale a pour siège le sac dartoïque ou le tissu cellulaire compris entre la peau et le sac dartoïque. Et Monsieur le Professeur Duplay dans sa thèse inaugurale de 1865 n'hésite pas à nier d'une façon absolue l'existence du canal de Nück : un certain nombre de dissections personnelles toutes négatives lui fait avancer que les anatomistes ont pris pour un canal un infundibulum du péritoine produit artificiellement par la traction exercée sur le ligament rond. En discutant les cas cités il soutient que les kystes du canal de Nück ne sont que des erreurs d'observation.

Mais l'autorité de l'auteur n'empêche pas les auteurs américains et en particulier G. Thomas de consacrer un chapitre à l'hydrocèle de la femme.

En 1883, un français, Rabère, reprend les idées de M. Duplay et conclut : « 1^o l'anatomie démontre qu'il n'existe pas de prolongement du péritoine, ou canal de Nück, persistant chez la femme après la naissance dans le canal inguinal ».

En 1886, Beurnier dans sa thèse rappelle les conclusions de Duplay sans les discuter.

Pourtant déjà en 1878, Féré avait publié, ainsi que Petit, un cas de persistance du canal de Nück, avec

dissection, et en 1879 avaient paru un travail et une statistique de Féré sur le même sujet.

A partir de ce moment, de nouvelles dissections et l'opération de plus en plus fréquente de la cure radicale de la hernie sont venues démontrer la fréquence assez grande de la persistance du canal de Nück, normal chez le fœtus, ainsi que l'existence réelle des collections liquides de sa cavité.

Alors paraissent en Allemagne les travaux d'Hugo-Sachs sur le processus vagino-péritonéal, d'Hennig et de Wechselmann sur l'hydrocèle de la femme, et en France les communications faites à la Société de Chirurgie par MM. Berger, Lucas-Championnière, Richelot. A. Broca prend même à tâche de convaincre M. Duplay aux idées admises par les anatomistes Cruveilhier, Richet, Sappey, Tillaux. « L'opinion à peu près unanime des auteurs anciens, confirmée par les travaux récents de Zuckerkandl, Féré, H. Sachs, est exacte. Le canal de Nuck existe, j'ai fait sur ce point controversé des dissections nombreuses et j'ai fait voir en 1888 à M. le Professeur Duplay des préparations qui l'ont convaincu. »

Puis viennent les deux excellentes thèses de Paris de MM. Cachau et Berthelin, un article de Lapeyre dans la Gazette des Hôpitaux, une communication de Delanglade à la Société anatomique.

En Allemagne paraissent les communications de Eisenhart, Gerke (1894), Liermann, Majewski (1895), Thorn, F. Moll, Skutsch (1898).

En Amérique, un travail de Coley rassemblant

92 cas d'hydrocèles enkystées, (Kystes du canal de Nüch); et, en France, un travail de Mencièr ainsi que les recherches de P. Poirier et l'article hernies du traité de Chirurgie par M. le Professeur Berger.



Etude Anatomique

Embryologie. — « Chez les embryons femelles de deux mois et déjà bien avant, dit Balley dans sa thèse inaugurale, on reconnaît que le ligament rond de l'utérus est l'analogue du *gubernaculum testis* ; il est seulement plus mince et plus long ; mais ses insertions sont les mêmes, et comme lui, il traverse le canal inguinal bien plus étroit chez la femme que chez l'homme. »

Et dans le traité d'anatomie de Gegenbaur, on trouve les lignes suivantes : « Les ovaires subissent dans leur situation primitive les mêmes variations que nous avons signalées pour le testicule. A l'époque de l'existence des reins primordiaux un cordon part de leur canal excréteur pour se rendre à la région inguinale. Après la rétrogradation de ces organes, les ovaires se placent dans une direction oblique et sont ainsi que les oviductes enveloppés dans un repli du péritoine (ligament large). Ce cordon provenant des reins primordiaux constitue le ligament rond de l'utérus qui, longeant les côtés de l'utérus, paraît ensuite provenir de ce dernier ou des cornes de l'utérus s'il y en a. »

Le ligament rond n'a donc aucune action sur la situation de l'utérus et de même que le *gubernaculum testis* envoie trois faisceaux s'insérer, l'un à l'arcade crurale, le second à l'épine du pubis, le troisième à la partie inférieure du scrotum, de même le ligament rond s'insère par trois faisceaux, à la paroi inférieure du canal inguinal, à l'épine du pubis et la face interne de la grande lèvre.

Or, Bramann en 1890 publie dans les Archives de Chirurgie en Allemagne ses recherches pour prouver que c'est de l'existence du *gubernaculum testis* et non de la descente du testicule que dépend la formation du canal péritonéo-vaginal chez l'homme. Donc de par l'embryologie, il semble raisonnable d'admettre qu'un diverticule péritonéal accompagne le *gubernaculum* chez la femme comme chez l'homme un diverticule accompagne le *gubernaculum*.

L'existence du canal de Nück étant admise chez le fœtus, à quelle époque se fait donc l'oblitération puisqu'on ne le retrouve pas à l'état normal chez l'enfant ?

« On s'entend à reconnaître que ce canal s'oblitére promptement, dit Balley ».

Sappey dit qu'on ne le rencontre plus après huit mois de la vie intra-utérine : « Dans aucun cas, dit Legendre, il nous a été donné de le voir sur des fœtus de 8, 7 et 6 mois que nous avons examinés ; il nous a été impossible de le montrer. J'en conclus qu'au moins déjà à cette époque, le repli péritonéal qui couvre le ligament rond est tout à fait oblitéré. »

Puech l'a constamment rencontré dans ses dissections de fœtus de 1 à 7 mois. Comment admettre alors les premières conclusions de M. le Professeur Duplay, qui n'a pas rencontré le canal de Nüch sur 25 fœtus de 4 mois à la naissance ? Ces diversités d'opinion tendraient donc à prouver que l'oblitération du canal de Nüch se fait à des époques très variables, et la plupart du temps dans les premiers mois de la vie intra-utérine.

Persistance du canal de Nüch après la naissance.

— Cloquet, Cruveilhier pensent qu'on peut rencontrer le canal de Nüch à tous les âges.

En Allemagne Zuckerkandl, Camper et Wrisberg l'ont trouvé sur des fœtus et des enfants.

Mais rien n'est plus probant que les statistiques de Féré en France et de Hugo Sachs en Allemagne. Sur 158 autopsies d'enfants de 1 jour à 13 ans, Féré rencontre 17 fois le canal incomplètement oblitéré. Hugo Sachs, sur 150 autopsies d'enfants de 0 à 335 jours, observe la non oblitération dans la proportion de 24,7 pour 100 ; et des travaux que ces deux anatomistes ont fournis, on peut conclure que la persistance du prolongement péritonéal est plus fréquente à droite qu'à gauche, que ce prolongement existe avec ou sans communication avec la grande cavité péritonéale très fréquemment après la naissance.

« Le diverticule péritonéal persiste fréquemment, soit pendant des mois, soit pendant toute la vie en totalité ou en partie (Zuckerkandl) ». C'est ce qui explique les diverses variétés de kystes observés cli-

niquement. « Il persiste environ deux fois moins souvent chez la femme que chez l'homme (Sachs) ».

Il persiste plus souvent à droite qu'à gauche (3 contre 2) (Sachs).

La fréquence de l'oblitération n'augmente pas avec l'âge, du moins dans la première année (Sachs).

Le processus, resté ouvert, participe au développement de tout l'organisme, en ce sens que ses dimensions augmentent (Berthelin). Ce qui permettra de se bien rendre compte de ce fait que souvent l'épanchement séreux et la hernie dite congénitale n'apparaissent qu'à un âge assez avancé et dans des conditions spéciales.

Quant aux raisons qui déterminent l'oblitération complète chez certains sujets, ou incomplète chez d'autres, la science n'a pu les découvrir, pas plus que l'hérédité n'a pu l'expliquer ; car presque tous les malades opérés de kystes du canal de Nück n'avaient aucun antécédent héréditaire ou pathologique.

Féré, par des recherches entreprises chez les singes, serait d'avis que chez l'homme l'oblitération du canal péritonéo-vaginal apparaît avec l'habitude de la marche dans la station verticale. Par analogie, ne pourrait-on pas conclure que la même cause produit l'oblitération du canal de Nück chez la femme. Ou bien ne vaudrait-il pas mieux admettre la théorie de Hévin, qui donne comme cause de la fermeture du canal la contraction des muscles abdominaux.

Description du canal. — Voici ce que Cloquet écrit dans sa thèse :

« L'enfoncement du péritoine au niveau de l'ouverture supérieure du canal inguinal existe aussi chez la femme. Il adhère au ligament rond, et envoie souvent au devant de lui un petit filament blanchâtre, où bien un canal membraneux étroit (canal de Nück), qui offre la plus grande analogie avec la dépendance de la tunique vaginale chez l'homme.

« Ce canal tantôt se présente sous la forme d'un tuyau cylindrique terminé en pointe ou en cul-de-sac arrondi, et dont la longueur varie ; tantôt au contraire, c'est une sorte de petite ampoule à col étroit, qui communique avec l'abdomen. Ses parois adhèrent toujours très intimement au ligament rond ; quelquefois ce prolongement du péritoine admet tout au plus un stylet ; dans quelques cas, au contraire, il peut recevoir l'extrémité du petit doigt. Je l'ai trouvé non seulement sur les fœtus femelles, mais aussi sur des jeunes filles et des femmes de tout âge ».

Féré, en 1878, rapportant l'autopsie d'une petite fille morte d'athrepsie dans le service de M. Parrot aux enfants assistés, dit que du côté gauche il a trouvé un canal accompagnant le ligament rond, dans lequel il a pu introduire une sonde cannelée, qui a pu pénétrer jusqu'au niveau du bord inférieur du pubis. Il dit ensuite : « La dissection montre que le péritoine se continue sur toute l'étendue de ce canal, qui se termine en cul-de-sac, dont le fond parfaitement lisse, mais un peu rosé, contient une petite masse grosse comme un grain de millet, de substance molle et jaunâtre, qui paraît être un produit

d'exsudation inflammatoire préparant l'oblitération du conduit. Le ligament rond est appliqué contre la paroi interne de ce canal ; quelques fibres en partent pour aller se jeter sur l'arcade de Fallope ; un faisceau plus volumineux se dirige sur l'épine pubienne et un plus considérable encore va se perdre dans la partie supérieure du sac fibreux de la grande lèvre. C'est à ce dernier faisceau que s'adosse le prolongement du péritoine. Le cul-de-sac qui termine le *diverticulum* est à 3 ou 4 millimètres au dessus du point où le ligament se confond avec le sac fibreux.

« Les dimensions de ce conduit ne permettent pas de supposer que ce soit un sac herniaire ; il faut admettre qu'on se trouve en présence d'une disposition congénitale ».

D'après Sachs, on ne peut voir l'orifice supérieur du canal de Nück qu'à l'aide d'un artifice, qui consiste à chercher le ligament rond et à faire glisser le long du ligament rond une sonde mince en partant de l'extrémité utérine, en avant et en dehors. A l'orifice interne du canal inguinal, la sonde s'engage sous un repli péritonéal dont le bord libre très accusé est concave en arrière et en dehors. Ce repli qui repose sur le ligament rond et cache complètement l'orifice du canal de Nück est l'homologue du « pli rétro-inguinal » décrit par Ramonède chez l'homme.

Une fois ce repli trouvé, en se portant au-dessous de lui, et à environ 1 centimètre en arrière de l'anneau inguinal interne, on trouvera l'abouchement du canal de Nück dans le péritoine : cet orifice linéaire

pouvant admettre, dit Cloquet, un stylet de trousse, parfois même l'extrémité du petit doigt.

Au bord interne de cette fente s'engage le ligament rond, tandis qu'on trouve les vaisseaux épigastriques contigus au bord externe.

Nous dirons que la direction du canal de Nück dépend de celle du ligament rond qu'il accompagne, et nous lui décrirons deux portions : une première portion très courte, au plus un centimètre, qui va de l'orifice déjà décrit jusqu'à l'anneau inguinal interne, et dirigée de bas en haut, de dedans en dehors, et d'arrière en avant.

La deuxième portion, la plus longue, « nettement ovalaire en raison de l'étroitesse du trajet inguinal chez la femme » (Berthelin), est obliquement descendante et s'étend de l'anneau inguinal interne, jusqu'à sa terminaison en cul de sac, soit au niveau du canal inguinal externe, soit en un point quelconque de la bourse fibreuse de la grande lèvre nommée sac dartoïque par Broca.

Elle accompagne dans tous les cas, le faisceau labial du ligament rond et se dirige de haut en bas et de dehors en dedans : elle passe dans le canal inguinal.

Les deux portions sont donc coudées comme à angle droit, et elles embrassent dans leur concavité, la concavité des vaisseaux épigastriques ; c'est au niveau de l'anneau inguinal interne que se fait ce coude brusque, et il est normal d'observer en cet endroit une cloison complète séparant le canal de Nück en

deux loges, ou bien un diaphragme laissant un pertuis plus ou moins étroit, soit simplement une valvule semi-linéaire,

Des rétrécissements, des cloisons complètes peuvent séparer des portions élargies ou simplement perméables, et Monsieur le professeur Berger a décrit des rétrécissements valvulaires, des diaphragmes, semblables à ceux qui existent dans le canal vagino-péritonéal chez l'homme. Quelquefois un cordon dur et fibreux, blanchâtre, seul vèstige de la portion supérieure, rattache au péritoine une portion nettement perméable : d'autres fois à la portion supérieure du diverticule fait suite un étranglement qui la sépare de petites dilatations multiples en chapelet.

Rapports. — Nous avons déjà parlé des rapports avec les vaisseaux épigastriques ; ils sont sans grand intérêt.

Il n'en est pas de même des rapports que présente le canal de Nück avec le ligament rond. Comme le cordon, le ligament rond se trouve placé en arrière du diverticule péritonéal quand il existe, mais comme Cloquet l'avait déjà fait remarquer, l'adhérence du ligament rond et du canal de Nück est extrêmement difficile à rompre, tandis que le cordon s'isole facilement du canal péritonéo-vaginal.

Beurnier et Duplay qui niaient le canal de Nück, mais qui décrivaient un cul de sac péritonéal existant normalement chez la femme, avaient noté l'adhérence de ce cul de sac avec le ligament rond.

Quant à Berthelin voici ce qu'il dit :

« En somme et schématiquement, le canal de Nück présente la forme d'un *U* renversé à branches inégales, embrassant dans sa concavité l'anse des vaisseaux épigastriques. Un rétrécissement pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète occupe le sommet de cet *U* et sépare deux dilatations, l'une intra-abdominale et infundibuliforme, l'autre intra-inguinale et plus ou moins ovalaire. »

« Mais de plus, si on fait une coupe du canal perpendiculairement à sa direction, on voit qu'il a dans toute sa longueur la forme d'une gouttière dont la concavité, tournée en arrière et en dedans, embrasse le ligament rond de l'utérus. »

Le docteur Lucas Championnière, a aussi noté l'adhérence du ligament rond avec le canal de Nück dans sa communication à la Société de Chirurgie en 1891, sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme et en particulier de la hernie congénitale.

« Le revêtement séreux du ligament est tellement fondu avec ses fibres qu'il en est absolument inséparable, et le ligament prolonge en quelque sorte le sac jusque dans la grande lèvre. »

Monsieur le professeur Berger, avoue lui aussi, que la séparation du ligament rond et du canal de Nück, est très pénible.



Anatomie pathologique

Aux dépens des restes du Canal de Nück peuvent se former des collections séreuses. Qu'une cause quelconque, traumatisme, blennorrhagie, rhumatisme, grossesse, vienne frapper la séreuse péritonéale, on conçoit que le canal puisse en prendre sa part, qu'il communique ou non avec la grande cavité. Le canal se distend, bombe, la tumeur descend dans le canal inguinal, apparaît à l'orifice externe, et va faire saillie dans le sac dartoïque de Broca. Là elle sera ou non réductible selon que la communication avec la grande séreuse sera demeurée plus ou moins grande.

En somme toutes les variétés, qu'on pourra observer, seront subordonnées aux différences individuelles qu'offrira ce canal.

Mais deux variétés ont été surtout distinguées par les auteurs ; leur existence à toutes deux a été directement démontrée par les opérations des divers chirurgiens, et par de rares observations nécropsiques.

Wechselmann dit, qu'à cause du peu de gravité de la maladie, les observations sont rares, mais Thorn (société médicale de Magdebourg 1898) estime

que l'hydrocèle chez la femme est beaucoup moins rare qu'on ne le croit ; tous les ans, il en observerait deux ou trois cas.

Nous considérerons trois variétés de kystes.

1° Kyste isolé de dimensions variables, plus ou moins tendu, n'offrant jamais de diminution de volume.

2° Poche à plusieurs cavités complètement isolées, ou au contraire communiquant entre elles.

3° Kyste contenu dans une poche plus ou moins ouverte en haut, contenant par conséquent plus ou moins de liquide, selon le moment où on l'examine et selon la position de la malade ; c'est le cas de l'hydrocèle congénitale.

A) Cette troisième variété, comprend bien des kystes du canal de Nüch conformes à notre définition, puisqu'on a des collections séreuses développées et contenues dans un diverticule du péritoine persistant en partie ou en totalité d'une manière anormale dans le trajet inguinal.

Ces kystes communicants, ou pseudo-kystes pour les distinguer des deux autres variétés, ont été longtemps niés ; aujourd'hui leur existence est nettement démontrée et par les observations cliniques incontestables et par un fait du docteur Richelot, qui en opérant une jeune fille de 19 ans à l'hôpital Bichat en 1890, a pu constater l'existence d'une communication entre la poche kystique et la grande cavité péritonéale. La tumeur surtout apparente au sommet de la grande lèvre disparaissait complète-

ment quand la jeune fille était couchée. Le sac ayant été détaché par en bas fut disséqué jusque dans la profondeur du canal inguinal ; ouvert il présentait plusieurs diverticules et des cloisons incomplètes telles qu'on en rencontre dans le canal péritonéo-vaginal de l'homme. Un stylet poussé dans un canal très étroit pénétrait tout entier dans le péritoine. Le ligament rond fut trouvé dans la paroi postérieure.

S'il y a communication du kyste avec le péritoine deux cas peuvent exister :

1° Le kyste contient simplement du liquide.

2° Il y a hydro-entérocele ou hydro-épiplocèle ; du liquide et de l'intestin ou du liquide et de l'épiploon occupent en même temps la cavité.

Disons en passant que l'on trouve le plus souvent de l'intestin grêle dans ces hernies.

Mais ces tumeurs sont très rares.

B) Les cas les plus fréquents d'après les observations sont certainement ceux où il y a hydrocèle enkystée et où la collection séreuse, développée dans une portion restée perméable du canal péritonéal, reste séparée de la grande cavité abdominale par une simple cloison ou par un cordon plein.

Une autopsie de Litten et Virchow, une autre de Niemann sont absolument convaincantes.

OBSERVATION I

(Résumée)

Litten et Virchow. — Virchow's Archives 1879.

A l'autopsie d'une ouvrière âgée de 16 ans, on trouva le ligament rond gauche très allongé et transformé en un cordon lisse très vasculaire. A l'endroit où il s'engage dans la paroi abdominale, on pouvait voir un cul-de-sac péritonéal, infundibuliforme à bords nettement accusés et dirigé vers l'anneau inguinal interne. Après décollement de la peau on voyait entre les piliers du ligament de Fallope une hernie vésiculaire aplatie, de la grosseur d'un haricot. C'était un sac allongé, de 2 centimètres de longueur, entièrement fermé, qui s'engageait dans le canal inguinal. Il contenait une petite quantité de liquide clair et brunâtre, sa surface interne était lisse et vascularisée seulement dans sa paroi postérieure. Cette poche ne communiquait pas directement avec la cavité péritonéale : la sonde introduite soit dans cette poche, soit dans le cul-de-sac péritonéal, tombait sur une cloison mince, très vasculaire qui se laissait déprimer légèrement, mais empêchait toute communication. (Citée dans Wechselsmann).

OBSERVATION II

(Niemann. — Dissertation inaugurale. — Gottingen
1882)

J'ai trouvé chez une suicidée de 50 ans une tumeur sortant de l'orifice inguinal externe droit. Cette tumeur avait la forme d'une figue fraîche, d'une consistance molle, élastique, fluctuante, de couleur blanchâtre, et s'élargissant de plus en plus vers le bas à partir de son pédicule. Longueur : 3 centimètres ; grande circonférence, 8 centimètres ; épaisseur de la paroi tout près du pédicule, 3 millimètres allant en s'amincissant vers le bas de manière à n'atteindre plus qu'un 1/2 millimètre.

Cette paroi était formée de faisceaux conjonctifs avec des fibres musculaires lisses séparées. Les couches externes contenaient des fibres élastiques.

Le contenu était un liquide lactescent, avec de nombreux cristaux de cholestérine, des gouttelettes de myéline et de graisse, des cellules arrondies, granuleuses, sans noyau. La surface interne de la poche est lisse, rugueuse seulement au niveau de son pédicule ; ce pédicule large de 1 centimètre 1/2 est long de 2 centimètres, a sa partie médiane à une distance de 5 centimètres de la symphyse. Il parcourt la paroi abdominale dans le canal inguinal en dehors des vaisseaux épigastriques.

Le ligament rond émerge du canal inguinal en arrière du pédicule, couvert par ce dernier : il peut en être facilement isolé. Au lieu d'émergence de ce ligament dans la paroi abdominale, on remarque trois

dépressions péritonéales dont la médiane embrasse le ligament en formant une vraie invagination de 2 centimètres de longueur. Toutes les trois conduisent sur le pédicule de la tumeur sans toutefois se mettre en communication avec sa cavité (citée dans Wechselmann).

Notre observation, où il n'y eût pas d'autopsie, permet de faire l'anatomie pathologique de la poche kystique en même temps que l'analyse du liquide dû à l'amabilité de M. Caréon.

OBSERVATION III

(Personnelle: — Inédite)

Marie G..., brodeuse, 51 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Blum, le 16 juillet 1898, salle Lisfranc, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Parents morts très vieux sans affections spéciales.

La malade a 3 sœurs bien portantes, qui n'ont pas de hernie.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein par sa mère, a marché à 13 mois, a eu la rougeole et la varicelle étant jeune, la fièvre typhoïde à 16 ans sans complications.

Réglée pour la première fois à 17 ans, l'a toujours bien été.

Mariée à 19 ans, a eu 10 garçons et 2 filles (4

garçons et une fille vivent encore) les autres sont morts en bas âge, d'affections sur lesquelles la malade ne peut donner de renseignements.

Dernier accouchement le 14 mars 1884. Depuis son mariage elle n'a jamais été malade, pas de douleurs abdominales, pas de varices aux jambes.

Depuis l'âge de 43 ans, la malade n'est plus réglée (cessation subite des règles à la suite de la mort de son mari). — Pas de maladie à la suite, seulement maux de tête et malaises.

Début de la maladie. — Il y a 3 ans la malade s'est aperçue qu'elle présentait au pli de l'aîne gauche une petite grosseur du volume d'une noisette, augmentant légèrement par la marche et paraissant disparaître par le repos. La malade ne peut pas dire si cette tumeur est venue à la suite d'un effort violent.

Indolence complète à ce moment.

Petit à petit la grosseur augmente et au mois de juillet 1897, l'augmentation de volume était telle que la tumeur était aussi grosse qu'au moment de l'opération : et la réductibilité n'existait plus.

A cette époque, la malade commença à sentir des douleurs, tiraillements, pesanteur du côté gauche, même quand elle était au repos.

La malade n'a pas vu de médecin jusqu'au jour où elle est venue consulter M. Blum, le 29 juin 1898. Les douleurs étaient à peine plus accentuées qu'au mois de juillet 1897.

La malade ne veut pas rester à l'hôpital. Elle revient pourtant le 16 juillet pour se faire opérer.

Examen de la malade. — Rien à noter dans les différents organes.

Examen de la région inguinale gauche. — A la vue : tumeur allongée longue de 15 centimètres, ayant la direction du canal inguinal, débordant en dehors

l'orifice externe, et descendant jusqu'à la grande lèvre du même côté.

Palpation. — La tumeur est irréductible, pas de fluctuation à proprement parler. On a la sensation d'un empâtement analogue à celui d'un lipome, peut-être même d'un épiploon dans un sac herniaire. La tumeur est mobile dans le sens vertical et dans le sens horizontal, mais se laisse mal attirer en avant avec la peau.

A la percussion, elle est mate. En faisant tousser la malade, on a une légère impulsion à la toux.

A la pression, on ne réveille aucune douleur, mais on produit des tiraillements dans toute la fosse iliaque gauche.

On porte le diagnostic de hernie inguinale gauche avec adhérences du sac avec les organes qui y sont contenus.

Opération le 20 juillet 1898. Avant la chloroformisation, nouvel examen et on fait le diagnostic de lipome de la paroi ou d'hydrocèle dans un sac herniaire déshabité.

Incision de 10 à 12 centimètres partant de la partie supérieure de la grande lèvre gauche, remontant obliquement en haut et en dehors, et suivant la direction du canal inguinal.

Incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique. Et on tombe sur une poche, remplie d'un liquide clair, et occupant le canal inguinal tout entier et descendant jusqu'au pubis.

Dissection facile de cette poche sans la rompre. Un pédicule gros comme le petit doigt remonte dans le canal inguinal. On l'attire et on le sectionne aussi haut que possible.

Réunion par un point profond et des points superficiels. Pansement à la gaze iodoformée. Suites

normales, les fils sont retirés le 26 juillet 1898. Pansement au collodion.

La malade quitte l'hôpital quelques jours après complètement guérie.

Examen de la tumeur et du pédicule. — La poche, encore pleine de son contenu qui est nettement transparent, ressemble à la vessie natatoire d'un poisson. Elle a 10 centimètres de long, avec une grosse extrémité et une partie opposée se terminant presque en pointe.

Quelques brides fibreuses forment un léger étranglement au milieu de la poche et la sépare en deux portions. C'est au niveau de cet étranglement que s'insère le pédicule.

Surchargé de graisse et gros comme le petit doigt, il a sur la pièce que nous possédons 3 centimètres $1/2$ de long, et contient quelques vaisseaux sanguins. Il paraît comme tordu sur lui-même, et était couché sur la grosse extrémité de la poche.

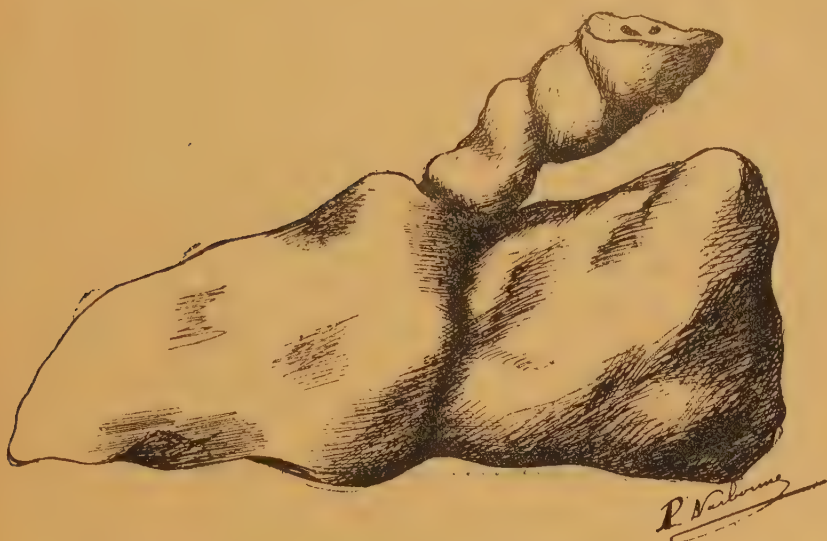
La poche vue à l'extérieur est rosée, transparente, peu épaisse par conséquent, sauf au niveau du pédicule, où elle est chargée de graisse. Des artérioles et des veinules se dessinent nettement sur toute la paroi.

Ouverte avec précaution, la tumeur fournit 68 centimètres cubes de liquide clair, transparent, de couleur jaune citron.

La poche étalée et retournée comme un doigt de gant est lisse et se présente uniquement comme tapissée par le feuillet péritonéal. L'examen histologique fit voir un épithélium pavimenteux comme revêtement. Au niveau du pédicule la poche est plissée et d'un point ombiliqué partent des replis rayonnés.

Le léger étranglement visible extérieurement ne

modifie en rien le revêtement interne de la poche qui est identique à elle-même, dans toute son étendue.



Kyste du canal et son pédicule.

Analyse du liquide, due à l'amabilité de notre ami, M. Caréon, chef du laboratoire des travaux chimiques de la clinique Hayem à l'hôpital St-Antoine.

Volume : 68 cm³.

Couleur : jaune clair.

Réaction alcaline.

Densité : 1021.83.

Rapporté à 1000 cm³ le liquide a donné

Résidu sec (fébrine comprise)... 59 gr. 10

Narbonne

3

Cendres	9	80
Matières organiques.....	49	30
Albumine totale.....	45	70
Fibrine peu : en quantité difficile à peser.		
Globuline.....	5 gr.	40
Sérine.....	38	40
Chlore en Nacl.....	6	43
Matières grasses.....	1	80
Très peu de cholestérine.		
Carbonates.....	abondants	
Peptones.....	traces	
Mucine.....	peu	
Urobiline	bande faible	
Chaux.....	Traces indosables	
Sodium.....	abondant	
Potassium.....	très peu	

Coexistence de la hernie inguinale et du kyste du canal de Nüek mais sans communication. Dans la variété dite hydrocèle enkystée, vrai kyste du canal de Nüek, il arrive fréquemment qu'un sac herniaire surmonte le kyste du canal de Nüek, ainsi que l'ont rencontré MM. Lucas Championnière, Berger, Broca. Dans ce cas la cloison qui sépare les deux productions pathologiques ne présente ni les épaisissements, ni les stigmates existant au niveau d'un collet oblitéré ; elle est en général mince, transparente et lisse, par conséquent d'origine congénitale.

M. P. Berger à la Société de chirurgie (séance du

15 avril 1891) en a communiqué deux cas. Weehselmann n'en avait recueilli que trois cas, M. Tuffier (Société de chirurgie 1892) en communique un autre. Sur 92 cas d'hydrocèles enkystées (kystes du canal de Nüch) observées chez la femme, Coley, en Amérique, a relevé 5 fois l'existence d'une hernie développée en arrière du kyste ; cette proportion doit être très inférieure à la réalité. Mencièrre (pages 84 et suivantes) rapporte deux observations de Cachau, et publie le dessin de la pièce se rapportant à l'une d'elles et faisant voir nettement un sac herniaire à l'extrémité supérieure du canal de Nüch séparé d'un kyste inférieur gros comme un œuf de poule par une cloison toujours assez mince.

On trouve ensuite dans le même travail deux observations de M. Broca, toutes deux avec un sac herniaire supérieur, mais l'une avec un deuxième kyste développé à l'intérieur et dans un dédoublement de la paroi postérieure du premier.

Je rapprocherai de cette observation le cas publié par M. Villar dans la Semaine gynécologique, 1898, page 361.

OBSERVATION IV

Villar. — Tumeur kystique de la région inguinale, chez une femme (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux et Gaz. des hôpitaux de Toulouse, du 8 octobre 1898).

Marie X..., âgée de 43 ans, s'aperçut en 1894 de l'existence, dans la région inguinale, d'une petite

tumeur du volume d'une grosse aveline. Le médecin consulté à cette époque dut porter le diagnostic d'adénite, car il prescrivit comme traitement le repos et l'application d'un emplâtre.

La tumeur continua à évoluer et à augmenter lentement. De temps à autre, elle disparaissait, ou du moins diminuait, au dire de la malade.

Il y a quatre jours, M^{me} X... éprouva des douleurs assez violentes dans la région inguinale et il lui sembla en même temps que la tumeur avait augmenté de volume. Elle fit venir son médecin, M. le Dr Teulière, qui pensa à la possibilité d'un étranglement herniaire, tout en reconnaissant que le tableau symptomatique n'était pas net et qu'il pouvait bien s'agir, en l'espèce, d'une simple tumeur de la région.

Appelé en consultation, je constate ce qui suit : à l'inspection, tuméfaction de la région inguinale gauche. Par la palpation, je reconnus l'existence d'une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde. Cette tumeur partait de l'orifice externe du canal inguinal et descendait jusque dans la grande lèvre du côté correspondant. De consistance élastique, elle était submate à la percussion. Rien dans l'intérieur du canal lui-même ; les efforts de toux ne se transmettaient pas à la tumeur. J'ajouterai que l'examen local révélait un peu de douleur.

Après mon examen, je crus pouvoir éliminer le diagnostic de hernie étranglée et je pensai que nous nous trouvions en présence d'un kyste de la région inguinale, accompagné de phénomènes douloureux, soit d'un kyste développé dans un sac herniaire déshabité (kyste sacculaire), soit d'un de ces kystes qu'on observe chez la femme dans la région inguinale.

Je proposai une intervention qui fut acceptée et

pratiquée dès le lendemain. Je n'insiste pas sur la technique opératoire qui fut des plus simples : incision le long de la tumeur, dans la direction du canal inguinal, isolement de la tumeur, incision de la paroi antérieure du canal inguinal, résection de la tumeur, ligature du pédicule. Je terminai l'opération par un Bassini.

Mais je désire attirer l'attention sur les différents aspects que présenta la tumeur au cours de l'opération. Tout d'abord rien de spécial ; lorsque j'eus incisé la poche, il s'écoula une certaine quantité de liquide citrin. Agrandissant alors mon incision, j'aperçus dans l'intérieur du sac fibreux quelque chose d'arrondi, lisse et rosé, rappelant à s'y méprendre l'aspect de l'intestin. Mes aides et moi, nous pensâmes aussitôt que nous nous trouvions en présence d'une hernie. Mais après avoir encore agrandi l'incision de la poche, nous pûmes constater que ce que nous avions pris pour l'intestin n'était autre chose qu'un kyste accolé à la paroi interne du sac déjà incisé.

Voici d'ailleurs la pièce tout entière : il existe un sac, d'apparence fibreuse et d'une certaine épaisseur, dans l'intérieur duquel il y avait du liquide, ainsi que je l'ai déjà dit ; la paroi interne de ce sac creusée çà et là de cavités peu profondes, sorte d'encoches. Sur cette paroi interne se trouve implanté, par une large base, un kyste du volume d'un œuf de pigeon. L'ensemble de cette pièce me paraît très intéressant ; il y a en somme deux poches kystiques, dont l'une renferme l'autre.

Enfin les Allemands et en particulier Wechselmann ont étudié certains kystes enclavés dans la

continuité du ligament rond, de telle façon que celui-ci semble interrompu par le kyste. Pour expliquer ce fait Klob prétend après Weber que le gubernaculum de Hunter est primitivement une poche creuse entourée de fibres musculaires et que par suite d'une évolution défectueuse, cette poche pourrait se transformer en kyste adhérent au ligament rond. C'est dans ce cas qu'on trouve mêlées aux fibres conjonctives et élastiques du sac quelques fibres musculaires lisses.

Nous ferons rentrer ces kystes dans la classification des kystes du canal de Nück ; et avec Berthelin, nous dirons, qu'il est plus simple d'admettre que dans ces cas il s'est fait des adhérences inflammatoires de la poche au tissu dartoïque et au ligament rond. Du reste dans ces cas c'est au niveau de la portion supérieure du kyste qu'on trouve le plus de fibres musculaires lisses, puisque le sac dartoïque va en se dissociant à mesure qu'il descend dans la grande lèvre.

Aspect extérieur. — Les kystes du canal de Nück peuvent affecter toutes les formes, selon les variétés auxquelles ils appartiennent.

Les vrais kystes avec hydrocèle enkystée auront la forme d'une poire, à grosse extrémité inférieure : le pédicule représentera la queue.

Rappelons la forme observée dans notre cas, où la tumeur avait la forme d'une vessie natatoire de poisson. Je retrouve la même forme pour un kyste décrit dans une observation de Monnier (Revue des maladies de l'enfance, 1870 : « La tumeur enlevée est

un kyste à contenu transparent, avec un léger étranglement central, surtout apparent au moment de l'énucléation, ce qui lui donne une vague ressemblance avec une vessie natatoire de poisson. »

Les kystes bilobés et les kystes multiples sont rares; je n'ai pu trouver qu'une observation de M. Broca dans le travail de Mencièrè et l'observation de Villar citée plus haut.

Quant à la forme des kystes qui ne sont séparés d'une hernie congénitale que par une mince cloison, elle est variable selon la plus ou moins grande quantité de liquide qui s'y trouve accumulé.

Une vascularisation plus ou moins riche irrigue la poche et son pédicule, s'il existe. Wechselmann cite un cas où dans la paroi du kyste existaient des veines variqueuses grosses comme une plume d'oie.

L'adhérence au ligament rond situé en dedans et en arrière est plus ou moins grandé. Il peut en être complètement inséparable; c'est qu'alors le ligament rond entre dans la composition de la paroi postérieure du kyste.

Aspect intérieur. — Une fois le liquide évacué, retournons et étalons la poche pour voir sa surface interne. Suivant les cas, la paroi offre deux aspects très différents: tantôt mince, transparente, rosée ou bleuâtre; elle est lisse et présente à sa surface tous les caractères de l'épithélium de la grande séreuse péritonéale; tantôt au contraire, dense, épaissie, elle est plissée et rugueuse comme dans le cas de Séveri (*Rivista clinica*, 1873, thèse de Berthelin, obs. XXXVI).

Dans le cas observé par nous la paroi était mince et rosée, et entre les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques qui la composaient s'étaient déposés des globules graisseux surtout au niveau du pédicule, qui lui-même en était surchargé. Il faut dire aussi que la malade opérée était atteinte d'un certain degré d'adipose.

Toujours au niveau du pédicule existe un infundibulum, souvent à peine visible, d'où partent en rayonnant les plis de la poche.

Contenu de la tumeur. Examen du liquide. — La plupart du temps le liquide contenu dans la poche kystique est limpide, clair, et d'une couleur jaune plus ou moins foncée, analogue au liquide de l'hydrocèle de l'homme. Mais on l'a vu lactescent (observations de Nieman, de Mac Donnell), clair comme de l'eau de roche (observation de Cavagnis), verdâtre, jaune rougeâtre ou nettement purulent.

Le liquide est toujours coagulable, soit spontanément, s'il contient de la fibrine, soit par la chaleur s'il contient de l'albumine. Dans le cas de Cavagnis, où l'analyse du liquide fut faite soigneusement, on trouva 58 grammes de liquide limpide, clair comme de l'eau, inodore, incolore, sans réaction au papier de tournesol, de densité 1012. Il ne se coagulait pas, ne se troublait pas, ne déposait pas et ne laissait aucun résidu sur le filtre. A peine quelques traces d'albumine; beaucoup de chlorures; traces de sulfates; beaucoup de sulfate de chaux; un peu de sulfate de magné-

sie ; absence complète de phosphates alcalins et d'urates ; un peu de carbonates alcalins.

Dans un cas de kyste du canal vagino-péritonéal chez l'enfant, cité par Mencièrè, le liquide contenait pour 1000 centimètres cubes 36 grammes 20 d'albumine, de la fibrine 6 gr. 10, des chlorures, des phosphates.

Dans notre observation, on trouva toujours pour 1000 centimètres cubes, 45 gr. 70 d'albumine ; mais très peu de fibrine, 6 gr. 43 de chlore dosé en chlorure de sodium ; et des carbonates ; de la graisse 1 gr. 80 et très peu de cholestérine. Dans ces deux derniers cas la réaction du liquide était alcaline.

Dans le cas de Niemann, la lactescence du liquide coïncidait avec la présence de cristaux de cholestérine, de la myéline et des matières grasses.

Donc, de toutes les observations citées dans les travaux antérieurs, il est absolument impossible de déduire une loi dans la composition du liquide, parce que l'analyse n'a pu être faite, la tumeur n'étant pas facile à énucléer, et les chirurgiens s'étant trouvés pour cette raison obligés de la vider avant d'en faire une dissection méthodique.

Quant à la quantité du liquide, elle est des plus variables ; on en a trouvé la valeur d'un dé à coudre jusqu'à celle de deux litres. Mais le volume le plus souvent observé est celui d'un gros œuf : ce n'est qu'à ce moment que les malades sont inquiétés par la tumeur, bien que la souffrance soit presque nulle.

Etiologie et Pathogénie

Pour qu'un kyste du canal de Nüch se forme, il faut nécessairement que ce canal existe en totalité ou en partie. Quelles sont les causes qui produisent cette anomalie de développement chez certains sujets ? Rien jusqu'à présent n'a pu le faire soupçonner.

Quant aux causes qui influent sur la production et l'accumulation du liquide dans les restes du canal péritonéal, elles nous échappent aussi. Il nous semble pourtant raisonnable d'admettre que ces causes varient suivant que la collection communique ou non avec le péritoine.

L'âge paraît avoir peu d'influence sur la production des kystes du canal de Nüch.

Wechselmann a trouvé :

- 1 cas à 6 mois ;
- 1 cas à 2 ans 11/2 ;
- 2 cas à 6 ans ;
- 1 cas à 9 ans ;
- 1 cas à 11 ans ;
- 3 cas à 15 ans ;
- 6 cas de 16 à 30 ans ;
- 6 cas de 30 à 40 ans ;

8 cas de 40 à 50 ans;

12 cas de 50 à 60 ans;

4 cas de 60 à 70 ans.

Coley, en Amérique, dans trente observations, qui font partie de sa statistique, ces 30 cas étant tout à fait indépendants de ceux de Wechselmann, trouve :

2 cas..... à 3 mois.

2 cas..... de 10 à 20 ans.

9 cas..... de 20 à 30 ans.

7 cas..... de 30 à 40 ans.

7 cas..... de 40 à 50 ans.

1 cas..... à 50 ans.

et 2 cas où l'âge n'est pas spécifié.

De tout cela il semblerait résulter que les kystes du canal de Nück sont plus fréquents pendant la période de la vie génitale de la femme, d'après Wechselmann de 15 à 55 ans, et d'après Coley de 20 à 50 ans.

La menstruation, la ménopause sont signalées dans quelques observations.

Les efforts nécessités par des travaux pénibles, les chutes, les chocs, les traumatismes n'ont aucune influence.

Pour la hernie les malades rapportent toujours leur production à un effort ; pour les kystes du canal de Nück, notre observation en fait foi, le traumatisme n'a presque jamais été incriminé.

Faut-il parler du rhumatisme dans les causes adjuvantes ? Nous osons à peine ; pourtant Cénas (Loire Médicale 1892) cite 2 cas chez l'homme où des kystes se sont développés fort probablement dans les

restes du canal vagino-péritonéal en même temps qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Ne pourrait-il pas en être de même chez la femme ? Écoutons Mencièr (p. 87).

« Nous avons eu l'occasion d'examiner une femme de 54 ans, portant un kyste du canal de Nück du côté droit. Notre malade a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. La première attaque s'est montrée à 32 ans, la dernière a eu lieu en 1892. »

« Le kyste datant déjà depuis quelque temps aurait grossi en 1890 à la suite d'un traumatisme. La malade croyait avoir une hernie. Cette tumeur détermine de la lourdeur, de la gêne surtout après une marche un peu longue, jamais de coliques, de vomissements, pas de constipation. Le volume de cette grosseur est variable suivant le moment où l'on pratique l'examen. Elle augmente par la marche et à la suite de fatigues pour diminuer ensuite. Située à droite sur le trajet inguinal, son volume moyen est celui d'une noix. Très tendue, nettement délimitée, on ne peut déterminer facilement la fluctuation, mais elle est rénitante. Mobile sous la peau qui est normale, elle est également mobile sur le plan profond. Le taxis essayé à plusieurs reprises est toujours demeuré sans succès. »

« Il s'agit manifestement d'un kyste du canal de Nück, bien que nous n'ayons pas vérifié notre diagnostic par l'opération. »

« Nos renseignements ne sont pas assez précis pour établir une relation entre le rhumatisme et l'appari-

tion du kyste du canal de Nück ; quoi qu'il en soit, nous signalerons la coexistence de ces deux affections chez notre malade.

« Le kyste aurait toutefois longtemps persisté après la disparition des attaques de rhumatisme articulaire. »

« On connaît l'existence de l'hydrocèle rhumatismale chez l'homme. Or l'analogie est grande entre le canal vagino-péritonéal et le canal de Nück. »

Earnest (*American journal of obstetrics* 1882) cite une observation où l'influence étiologique de la grossesse est nettement établie. En 1876, chez une femme de 24 ans, mère d'un enfant et devenue enceinte une deuxième fois, Earnest fut appelé une deuxième fois pour une tumeur de la région inguinale gauche s'étendant en bas et occupant la plus grande partie de la grande lèvre. Cette tumeur existait depuis deux ans, mais avait le volume d'une amande. Depuis deux semaines, elle avait augmenté considérablement et était douloureuse. Elle fut ponctionnée plusieurs fois, le liquide s'étant reformé après chaque ponction. Accouchement normal, et guérison par l'incision du kyste qui était suppuré.

Hennig, Wechselmann insistent tous deux sur la rareté des kystes du canal de Nück chez les nullipares, et leur développement fréquent pendant ou après la grossesse.

Wechselmann dit que pendant la grossesse, le ligament rond s'hypertrophie et atteint le volume du pouce, la gouttière séreuse qui le coiffe doit forcée-

ment aussi s'hypertrophier, et en s'hypertrophiant elle donne naissance à une sécrétion séreuse qui remplit la nouvelle cavité.

Comme causes étiologiques, nous ne retiendrons donc que l'action de la grossesse et de l'accouchement, qui est bien marquée, sans éliminer toutefois l'action du rhumatisme, question dont l'étude serait à faire.



Symptômes

Signes objectifs. — Inspection. — Que la tumeur soit enkystée ou non, la malade qui vient consulter dira la plupart du temps qu'elle a des tiraillements dans le ventre, produits par une tumeur du volume d'un gros œuf siégeant dans le pli de l'aîne.

Prenons donc comme type de notre description un vrai kyste du canal de Nück avec hydrocèle enkystée, tumeur siégeant d'un seul côté et développée indépendamment de toute hernie.

Dans le trajet inguinal ou dans la portion supérieure de la grande lèvre, nous trouvons donc une tumeur dont le volume peut varier énormément ; on l'a vue grosse tantôt comme une amande, tantôt comme une tête de fœtus.

Son siège ne varie pas, et rarement on l'a vue occuper la portion inférieure de la grande lèvre ; pourtant dans un cas de Lee la tumeur faisait saillie dans le vagin.

Elle peut remplir tout le trajet inguinal, descendre seulement jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, et simuler une pointe de hernie, ou siéger sur le trajet du ligament rond.

Tumeur le plus souvent ovalaire, parfois plus ou moins fusiforme, elle peut être bilatérale (c'est rare d'après les statistiques de Wechselsmann et de Coley) ; piriforme avec un pédicule formé du ligament rond et des restes du canal de Nück oblitéré en haut ; c'est que son volume s'est accru, et que par la pesanteur elle descend jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre.

La disposition en sablier, les bosselures sont rarement signalées dans les observations irréfutables. Nous trouvons pourtant une observation de Liermann.

OBSERVATION V

W. Liermann. Centralblatt. für chirurgie N° 9

Un cas d'hydrocèle féminine.

Journal allemand de médecine hebdomadaire. 1894

N° 46.

Communication d'un cas rare de la persistance du canal de Nück, dans lequel s'est accumulé un épanchement liquide, et qui avait fait porter le diagnostic de hernie. Dans ce cas le diagnostic était particulièrement difficile : le sac était en forme de sablier, dont une partie siégeait en avant du canal inguinal, tandis que l'autre l'occupait tout entier. L'opération montra dès les premiers moments qu'on avait affaire à une hydrocèle et non à une hernie de l'intestin.

Dans notre cas et dans celui de Monnier, où la tumeur ressemblait à une vessie natatoire de poisson, la vue ne donnait aucun renseignement sur cette particularité.

Faisons remarquer que la peau garde sa coloration normale, n'offre ni rougeur, ni chaleur, ne présente pas de varicosités, même quand la tumeur offre un développement considérable. C'est une raison capitale pour conclure à la complète indépendance de la peau vis-à-vis de la tumeur sous-jacente.

Palpation. — Du reste cette indépendance de la peau et des kystes de Nück est ce qui frappe d'abord quand on touche la partie malade : la peau glisse parfaitement sur le kyste.

En saisissant la tumeur avec les doigts, il y a indolence complète, mobilité extrêmement facile dans le sens vertical. La tumeur s'énuclée sous les doigts, et peut venir se loger sous la peau en avant du trajet inguinal, à moins qu'elle n'y soit contenue ou ne s'y réduise.

On percevra aussi la plupart du temps, par une palpation attentive l'existence d'un corps rond et dur, que les doigts pourront saisir, et qui, partant de l'extrémité supérieure de la tumeur, pénètre dans le canal inguinal, et peut être suivi assez haut. La sensation que l'on éprouve est analogue à celle donnée par le cordon de l'homme, et il s'agit, en effet, dans ces cas d'un pédicule, qui constitué par le ligament rond et la portion persistante oblitérée ou non du

canal de Nück, rattache la collection séreuse au péritoine.

La fluctuation est parfois sentie très nettement ; mais parfois aussi la tumeur est tendue ; elle est dure et élastique ; quelquefois rénitente, molle et pâteuse, comme l'épiploon ou un lipôme. La consistance en est donc très variable, mais un signe constant consiste en ce que la consistance est uniforme dans tous les points de la tumeur.

La transparence constatée comme dans une observation de Desault, (thèse de Berthelin observ. 20, page 95), est un symptôme rarement observé, car il est toujours difficile d'énucléer la tumeur suffisamment pour pouvoir l'éclairer, la peau qui recouvre le kyste est souvent chargée de graisse, enfin la poche peut être épaisse au point d'empêcher les rayons lumineux de traverser la collection.

D'après les observations publiées, il semble que la réductibilité existe au début de l'apparition du kyste ; peut-être cette réductibilité n'est-elle qu'apparente et a-t-on été trompé parce que la tumeur pouvait disparaître toute entière grâce à son petit volume dans le canal inguinal, et remonter un peu au delà de l'orifice interne en refoulant le péritoine ; ou bien la tumeur pourrait encore par des manœuvres de taxis disparaître dans le tissu cellulaire propéritonéal. Dans ces cas, quand la tumeur est réduite, si l'on enlève le doigt qui obture l'anneau, et qu'on commande à la malade de se soulever ou de tousser, la tumeur reparait tout d'un coup.

La réductibilité donc, après avoir été constatée au début, disparaîtrait au bout de quelque temps, excepté dans les cas de kyste du canal de Nüch avec hydrocèle communicante ; même dans ces cas il est difficile de constater la réductibilité, car à cause de l'étroitesse de l'orifice de communication, de sa disposition valvulaire, une pression même lente et méthodique ne peut produire un réflexe suffisant pour rompre cette barrière.

Le repos au lit et le décubitus dorsal prolongé, la produisent quelquefois spontanément (cas de Richelot cité), mais alors, si la malade se lève, la tumeur se reproduit lentement, et elle se reconstitue par la partie inférieure. L'absence de reflux du liquide dans le venire ne permet donc pas d'affirmer que le kyste ne communique pas avec la grande cavité du péritoine.

Un kyste du canal de Nüch ne donne jamais de gargouillement, même dans le cas où il peut être réduit : signe clinique important pour le diagnostic différentiel avec la hernie. Il n'y a jamais non plus impulsion vraie par la toux, même s'il y a communication du kyste avec la grande cavité péritonéale. Il y a soulèvement en masse, plutôt qu'impulsion.

Enfin dans les cas de cloisonnement du canal de Nüch, quand il existe à la partie inférieure un kyste rempli de liquide et séparé par une membrane ou un pédicule d'une hernie congénitale occupant la partie supérieure, la réduction de la hernie entraîne presque

toujours très nettement en haut le kyste et pourrait en imposer pour une réductibilité complète.

Retenons donc qu'en général il y a irréductibilité.

Signes subjectifs. — Ils sont nuls ou à peu près, à moins qu'un traumatisme ou une cause quelconque n'ait déterminé une inflammation et une suppuration du kyste : on observe alors de la fièvre, des vomissements, parfois même une péritonite mortelle.

La malade ne vient consulter que parce que la grosseur qu'elle porte dans le pli de l'aîne l'inquiète ; elle a souvent des tiraillements sensibles, surtout après des travaux fatiguants. Et depuis que la cure radicale de la hernie est entrée dans la pratique courante de la chirurgie, la malade vient consulter aussi parce qu'elle croit avoir une hernie et qu'elle désire se faire opérer. C'est ce qui fait que Thorn, à la Société Médicale de Magdebourg, déclare estimer que l'hydrocèle est, chez la femme, beaucoup moins rare qu'on ne le croit ; du moins tous les ans il en observe deux ou trois cas. D'après lui, l'hydrocèle de la femme est le plus souvent confondue avec des hernies et traitée par les bandages, ou même par des opérations. « Or, dans ces cas, dit-il, désignés sous le nom d'hydrocèles, il peut, chez la femme, s'agir de deux choses. Ou bien il y a accumulation de liquide dans le canal de Nück ; le plus souvent la petite cavité est isolée, mais quelquefois aussi elle communique par un canal étroit avec la grande cavité péritonéale. Dans un autre groupe de cas, il s'agit d'accumulation de liquide dans le ligament rond non oblitéré. Le

plus souvent l'hydrocèle se présente sous forme d'un kyste unique, uniloculaire ; mais quelquefois aussi on trouve tout un chapelet de petits kystes ; la tumeur siège plus souvent à droite qu'à gauche, mais quelquefois elle est bilatérale.

« Le diagnostic est ordinairement facile et la confusion avec les hernies n'est possible que lorsque les parois du kyste ont été irritées par le port d'un bandage, ou lorsqu'il existe une communication avec la grande cavité péritonéale.

« Ces tumeurs n'occasionnent presque pas de troubles ; aussi l'opération est-elle rarement indiquée. Si l'on opère, l'opération doit être conduite aseptiquement en raison d'une communication possible entre la tumeur et le péritoine ».

La coexistence d'une hernie et d'un kyste est un phénomène fréquent ; tantôt le kyste est le phénomène dominant, et derrière lui existe une pointe de hernie occupant l'infundibulum supérieur ; tantôt la hernie est le phénomène principal, et au dessous du sac herniaire se trouvent appendus de petits kystes rudimentaires en chapelet.

La marche des kystes du canal de Nüch est d'ordinaire très lente ; l'accroissement se fait progressivement. Pourtant, et surtout à l'occasion de la grossesse, le développement s'est parfois montré rapide.

Le pronostic est absolument bénin ; le seul danger réside dans une intervention inconsidérée (injection d'iode, par exemple, dans un kyste avec hydrocèle communicante).

Diagnostic

On ne peut faire le diagnostic de kystes du canal de Nück que par les signes objectifs ; ce qui rendra plus difficile l'expression de son jugement. Les commémoratifs sont en effet peu propres à vous renseigner. La malade dit invariablement qu'elle a une hernie qui date de plusieurs années et augmente continuellement.

Wechselsmann dit que le diagnostic est facile et que toute grosseur du pli de l'aîne ou de la grande lèvre, ayant la forme d'une poire ou d'un œuf, qui est élastique, fluctuante, transparente et dont le volume ne varie pas ou varie peu sous l'influence de la pression abdominale, est un kyste du canal de Nück. Pourtant les caractères de cette affection, si faciles à exprimer, sont plus difficiles à constater et souvent une tumeur kystique, pareille à celle dont nous nous occupons, ne sera diagnostiquée qu'au moment de l'opération.

Il est facile, néanmoins, de constater presque toujours la fluctuation, et la consistance identique en tous les points, quelquefois la transparence du liquide qui remplit la poche ; et la perception d'un pédicule s'enfonçant dans le trajet inguinal, ainsi que la mobi-

lité dans le sens vertical, s'ajoutent aux symptômes précédents et permettent d'être affirmatif sur le siège de la tumeur.

La réductibilité et la non réductibilité renseigneront pour savoir si on a affaire à un kyste avec hydrocèle enkystée ou à un kyste avec hydrocèle communicante.

Mais très souvent ces caractères positifs manquent en partie et le diagnostic ne peut être posé que par exclusion : alors la première chose à faire sera de s'assurer si la tumeur est ou non réductible.

Mais nous avons vu que la tumeur pouvait être irréductible à la pression, bien qu'elle soit réductible par le décubitus dorsal prolongé, et de plus qu'il existe des cas où elle n'est qu'apparemment réductible. Dans le premier cas on devra examiner la malade et le matin et le soir, après une longue marche et après quelques heures de repos, étudier aussi soigneusement l'impulsion donnée à la tumeur par la toux et la manière dont la tumeur se reproduit après sa réduction. Dans le 2° cas on remarquera si la tumeur se reproduit d'un seul coup. Si, en appliquant un doigt sur l'orifice inguinal externe, la tumeur disparaît, il y a seulement apparence de réductibilité.

1° *La tumeur est réductible.* — Nous aurons à faire le diagnostic avec la hernie non étranglée, avec la hernie de l'ovaire kystique, avec un diverticulum de la vessie.

Dans la hernie non étranglée, s'il y a entérocele, la réduction se fait avec gargouillement ; la percussion

donne de la sonorité. S'il y a épiplocèle, la consistance de la tumeur n'est pas uniforme, mais grenue, finement lobulée.

Dans les kystes du canal de Nück on a de la matité à la percussion, une consistance uniforme pour toute la tumeur, et la réduction se fait sans gargouillement et jamais en masse. Un symptôme important à noter aussi, quand on peut le trouver, c'est que le pédicule du kyste du canal de Nück avec hydrocèle communicante est moins volumineux que celui de la hernie.

Enfin si possible, la recherche de la transparence tranchera définitivement la question.

Quant au diagnostic différentiel avec les kystes de l'ovaire hernié, il suffit de résumer les signes indiqués par Fargas (de Barcelone) à propos d'une de ses observations publiée dans les Archives de toxicologie 1890. La hernie de l'ovaire est souvent bilatérale, surtout si elle est congénitale. Le développement du kyste ovarien est plus rapide que celui du kyste du canal de Nück. La tumeur est plus volumineuse. Son apparition a été précédée par la constatation dans l'aîne d'une petite tumeur ovalaire douloureuse à la pression, douloureuse aussi au moment des époques menstruelles.

Mais disons que ce sont justement dans les hernies congénitales que l'ovaire est le plus souvent entraîné et que par suite la coexistence d'un kyste du canal de Nück et d'une hernie de l'ovaire est fort

possible. Le diagnostic sera dans ce cas d'une grande difficulté.

Le diverticulum de la vessie sera reconnu facilement en faisant uriner la malade ou en la sondant.

2° *La tumeur est irréductible.* — Si la tumeur a été vraiment réductible antérieurement, on n'a jamais affaire à un kyste du canal de Nüek se rapportant à notre définition. Les auteurs nient la possibilité de la transformation d'une hydrocèle ouverte en hydrocèle fermée. Alors il s'agit d'un kyste développé dans un sac herniaire déshabité, ou encore d'un kyste au devant d'une hernie réduite par un bandage.

Enfin considérons le cas où la tumeur a toujours été irréductible : kyste du canal de Nüek avec hydrocèle enkystée.

1° Les kystes de la glande vulvo-vaginale ne peuvent être confondus, car ils occupent la partie inférieure et interne de la glande lèvre, ils sont en chapelet ou en grappe, font souvent saillie dans le vagin et ne présentent aucune mobilité verticale. De plus le liquide qu'ils contiennent est épais, muqueux, gélatineux, visqueux.

2° L'hygroma professionnel ou développé dans une bourse séreuse due au frottement d'un bandage herniaire ne présente ni mobilité verticale, ni pédicule, ni même localisation.

3° *Hernie étranglée.* — Diagnostic différentiel impossible à faire, d'après Wechselmann, certainement très difficile, car souvent (Cachau, thèse de Paris 1894) un kyste du canal de Nüek enflammé

et en voie de suppuration occasionna des vomissements et des symptômes rappelant ceux de l'étranglement herniaire. Pourtant en y regardant bien, on s'aperçoit que les malades ont des vomissements avec selles, ou de la constipation sans vomissements.

4° *Lipome*. Nous en parlons parce que telle a été l'idée émise d'abord dans le diagnostic du cas qui nous est personnel. Le lipome est mobile aussi bien dans le sens vertical que dans le sens horizontal, il est superficiel, n'a pas de pédicule qu'on puisse suivre dans le canal inguinal et même plus haut. Enfin sa consistance pâteuse et grenue, gélatiniforme et souvent mammelonnée mettra l'esprit en éveil.

5° Tumeurs solides du ligament rond ; fibromes ou fibro-myomes.

Ces tumeurs présentent les mêmes caractères de mobilité en masse, de pédiculisation, de fausse impulsion que les kystes du canal de Nück. Souvent une partie de la tumeur est kystique et présente une fluctuation indiscutable.

Ce serait un diagnostic embarrassant, si on ne savait pas que ces tumeurs sont extrêmement rares.



Traitement

Citons comme historique les moyens employés jusqu'à ces dernières années où la cure radicale de la hernie, devenue opération courante, est venue imposer une opération radicale des kystes du canal de Nück. L'antisepsie et l'asepsie ont aussi contribué à faire employer l'extirpation, les dangers de l'ouverture de la grande cavité péritonéale n'existant plus.

Donc on a employé dans le traitement des kystes du canal de Nück :

1° Les résolutifs, conseillés la première fois par Ambroise Paré.

2° La ponction simple.

Le liquide se reproduisait presque immédiatement et souvent la suppuration du kyste s'en suivait.

3° La ponction suivie d'une injection modificatrice, chlorure de zinc ou teinture d'iode.

Procédé barbare à cause de la douleur ; il est vrai qu'on pourrait faire précéder l'injection du liquide modificateur d'une injection de quelques centimètres cubes, 3 ou 4, d'une solution aqueuse de cocaïne à 1 pour cent.

Procédé dangereux, si, le diagnostic n'ayant pas

été suffisamment fait, on a affaire à un kyste communiquant avec le péritoine.

4° Le séton et l'incision.

La suppuration doit envahir la poche qui se comble de la profondeur vers la plaie. Procédé sale qui n'amène une guérison qu'au prix de soins longtemps répétés.

5° L'extirpation avec aseptie et antisepsie.

Cette opération met d'abord à l'abri des récidives, et elle est toujours possible par sa bénignité.

Elle est indiquée dans deux cas : lorsque le volume atteint par la tumeur est considérable et lorsqu'il y a hernie concomittante.

L'extirpation sera totale avec destruction du canal de Nüek et de l'infundibulum supérieur qu'il peut présenter.

L'opération ressemble en tous points à la cure radicale de la hernie inguinale, pour mettre la malade à l'abri de toute hernie pouvant se produire grâce à la faiblesse des tissus de l'anneau inguinal interne.

Si une hernie coexiste avec le kyste on devra en faire la cure radicale.



Observations

OBSERVATION VI

E. Michel. Un cas d'hydrocèle de la femme avec hernie de la trompe et de l'ovaire : Allgem. Wiener méd. zeitung 1890, n° 17.

Centralblatt für chirurgie n° 39, 1891, page 768.

Depuis 13 ans, une malade âgée de 28 ans, remarquait qu'elle avait dans l'aîne du côté droit une tumeur molle et réductible. Depuis un mois cette tumeur augmentait considérablement jusqu'à devenir grosse comme un œuf d'oie, n'était plus réductible et paraissait très tendue.

Le 4 mars, apparition de phénomènes d'étranglement, mais pas de constipation, la tumeur fluctuante, donne à la percussion de la matité.

Le 8 mars on fit l'opération, on découvrit un kyste du ligament rond rempli d'un liquide jaunâtre gélatineux, et qui se laissa isoler facilement. Plus haut dans un sac herniaire se trouvaient non étranglés, la trompe et l'ovaire.

Mise en place des organes et cure radicale de la hernie. Guérison.

OBSERVATION VII

Eisenhart. — De l'hydrocèle de la femme. — Münchener med. Wochenschrift 1894, n° 9

Centralblatt, für chirurgie, 1894, page 720

Une nullipare de 37 ans, avec une rétroflexion utérine, s'aperçut à la suite d'un violent effort qu'elle avait dans l'aîne droite une grosseur qui augmenta bientôt jusqu'à la grosseur d'un petit œuf de poule. Cette tumeur présentait aussi la particularité d'augmenter et de diminuer de volume d'une façon irrégulière. En pratiquant l'extirpation de cette tumeur on s'aperçut qu'elle était contenue dans un diverticule du péritoine ayant la forme d'un doigt de gant. La malade souffrait un peu après les efforts. Guérison.

OBSERVATION VIII

A. Majewski, hydrocèle féminine. Gaz. lekarska, 1895
n° 9-11

Centralblatt, für chirurgie, n° 34, 1895, page 804

Verf enrichit la littérature médicale jusqu'ici extrêmement pauvre sur l'hydrocèle de la femme par la publication des deux cas suivants. L'un a été observé à la clinique de Rydygier, l'autre à la clinique de

Jordan. Le premier cas regardait une femme de 54 ans, qui portait une tumeur dans la grande lèvre gauche depuis 13 ans. Cette tumeur augmentait à chaque grossesse et à chaque accouchement.

Primitivement la tumeur se laissait refouler dans la cavité abdominale. Mais le volume s'accroissant, il fut absolument impossible d'obtenir même une réduction partielle. Brusquement des douleurs violentes se firent sentir dans la tumeur jusqu'ici indolente, avec phénomènes d'occlusion intestinale. La malade vint à la clinique où les symptômes d'étranglement cédèrent facilement aux purgatifs, mais la tumeur resta continuellement grosse comme un œuf d'autruche (15 sur 12 cm). Elle s'étendait jusqu'à l'anneau inguinal externe, où elle était séparée par un étranglement d'une deuxième tumeur allongée siégeant dans le canal inguinal. La tumeur supérieure présentait tous les symptômes d'une hernie intestinale, tandis que la tumeur inférieure était fluctuante et transparente. Rydygier extirpa le kyste diagnostiqué comme hydrocèle et fit la cure radicale de la hernie. Guérison.

Le 2^e cas fut observé chez une nullipare de 33 ans qui était atteinte d'une hernie ombilicale et d'un kyste de l'ovaire. Dans les deux lèvres on remarquait une tumeur fluctuante remontant jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, d'un côté grosse comme le poing et de l'autre grosse comme une noix. Par la laparotomie pratiquée à cause du kyste de l'ovaire, on put se convaincre que ces tumeurs pouvaient être appelées des hydrocèles du diverticule de Nück, qui communiquaient avec la cavité péritonéale par une ouverture pouvant laisser passer une plume d'oie.

OBSERVATION IX

F. Noll. Hydrocèle chez la femme. Centralbl. für Gynäkol, 1898, n° 29, page 765. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1898, n° 99, page 1185.

L'auteur rapporte 3 cas d'épanchement dans l'intérieur du processus vagino-péritonéal chez la femme. Dans le 1^{er} il s'agit d'une femme de 32 ans présentant dans la région inguinale droite une tumeur rénitente grosse comme un œuf, non douloureuse, correspondant au trajet du canal inguinal, légèrement mobile. À l'incision on trouve une tumeur liquide sans communication avec la cavité abdominale.

Dans le 2^e cas, la malade présentait au niveau de la région inguinale une tumeur élastique, qu'à la palpation on trouvait formée de deux parties, l'une inférieure grosse comme un œuf d'oie, l'autre supérieure plus petite.

A l'opération, on trouva d'abord une première tumeur kystique inférieure, reliée à une autre par un cordon conjonctif long de 1 centimètre, et en attirant en bas cette seconde tumeur, on fit apparaître un 3^e kyste situé au niveau de l'anneau interne et adhérent au péritoine fermé à ce niveau.

Il s'agissait visiblement ici d'une hydrocèle péritonéale à 3 diverticules, c'est-à-dire d'une hydrocèle du canal de Nück, d'une formation analogue à l'hydrocèle de l'homme.

Le 3^e cas se rapporte à une femme présentant une

tumeur élastique fluctuante dans la région inguinale droite. A l'incision on trouva dans le canal inguinal une tumeur ovoïde qui était placée de telle façon au milieu du ligament rond qu'on aurait dit qu'à ses deux extrémités, elle avait été liée par ce ligament.



CONCLUSIONS

1° Le canal de Nück existe normalement chez le fœtus femelle ; il persiste chez l'adulte dans la proportion de 20 pour cent.

2° La plupart des kystes séreux de la région inguinale sont dûs à l'oblitération incomplète et insuffisante du canal de Nück.

3° Nous refuserons le nom d'hydrocèle de la femme aux collections séreuses développées dans des sacs herniaires déshabités ou habités, à moins que la hernie ne soit congénitale, c'est-à-dire bien formée dans les restes du canal de Nück : nous remplacerons donc les mots d'hydrocèles de la femme, par ceux de kystes du canal de Nück.

4° Les kystes du canal de Nück sont surmontés dans beaucoup de cas par une hernie plus ou moins développée.

5° Il existe deux sortes de kystes du canal de Nück.

Les kystes avec hydrocèle enkystée ou vrais kys-

tes, les plus fréquents : et les kystes avec hydrocèle communicante ou pseudo-kystes.

6° L'extirpation avec cure radicale de la hernie, si elle existe, est le traitement de choix.

Vu : le Président de la Thèse,
F. GUYON.

Vu le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Aétius. — Contractæ ex veteribus medicina tetrabiblos, sermo, IV, chapitre 100.

Balley. — Quelques considérations sur les hernies congénitales, th. Paris, 1854, page 12.

Bends. — Schmitt's jahrbücher, 1853.

Bonnett. — New-York médical Recorden, 1870.

P. Berger. — Sur quelques variétés de la hernie congénitale chez la femme, (bulletin et mém. de la Société de chirurgie, 1891, tome XVII, page 283).

— Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, 2^e édition, 6^e vol. page 264.

— Société de chirurgie de 1892, page 651.

Berthelin. — Essai sur l'hydrocèle de la femme, (th. de Paris, 1893-94).

Beurnier. — Thèse de Paris, 1886, les ligaments ronds de l'utérus.

Boudaille. — Des hernies inguinales congénitales chez la femme, th. de Paris, 1891.

Bramann. — Le canal vagino-péritonéal, (arch. für Klinische chirurgie, tome XL, 1890).

A. Broca. — Art. inguinal du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

— Les variétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles, (Gazette hebdomadaire, 16 août 1889).

— Bulletins de la Société anatomique, 1851, 1887, 1888, 89.

Brochon. — Essai sur l'hydrocèle dartoïque, (th. Paris, 1859).

Brünner. — Beitrage für clinische chirurgie, IV.

Cachau. — Kystes du cordon et du canal de Nück ; leurs relations avec les hernies inguinales, (thèse de Paris, 1893-94).

Camper. — Abhandlungen der harlemer, Gesellschaft, tome II, page 137.

— Kleine Schriften, tom. III, 2^e partie, page 181.

Cavagnis. — Gazzetta medica italiana-lombardia, 1880.

L. Championnière. — Cure radicale de la hernie inguinale, chez la femme et en particulier de la hernie congénitale, Bull. de la Société de chirurgie, 1891, page 388.

Cloquet. — Recherche anatomique sur les hernies, th. Paris, 1817.

R. Coley. — Hydrocèle in the female, Annales of. surgery, juillet 1892, page 42.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie descriptive, 4^e édition, tome II, p. 470.

Th. G. Cumston. — The Boston medical and surgical journal Thursday, 25 march 1897.

De Darvieu. — Des tumeurs de la grande lèvre dites improprement hydrocèles de la femme, th. de Montpellier, 1867.

Debierre. — Traité d'embryologie.

Delanglade. — Société anatomique, juin 1894, page 463.

Deneux. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire, th. Paris, 1813.

Desault. — Journal de chirurgie, tome I, page 251, 1791.

Dubar. — Des tumeurs liquides des grandes lèvres, (th. Lille 1888).

Duplay. — Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne (th. de Paris, 1865).

Archives de tocologie, 1882.

Eisenhart. — Centrblatt für chirurgie, 1894, pages 7-6.

Fargas. — Archives de tocologie, 1890.

- Péré.** — Progrès médical, 1878, pages 323, 479, 551, 643.
— Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879.
- Flamings.** — Dublin hosp. gaz. rapportée dans Gazette des hôpitaux, 1855, page 31.
- Gaillard Thomson.** — On diseases of women, 4^e édition, New-York, 1876.
- Gayraud.** — Hydrocèle chez la femme, (Gazette hebdomadaire de Montpellier 1888).
- Gegenbaur.** — Anatomie comparée de l'homme et des animaux. Traduction de Ch. Vogt, 1874.
- Gerk.** — Centralblatt für chirurgie, 1894, page 828.
- Hennig.** — Ueber hydrocele muliebris. Archives für gynécologie, tome XXV.
- Herscher.** — Bulletin de la Société anatomique, mai 1897.
- Van Heuverswyn.** — Arch. de tocol. et de gynéc. 1893, tome XX, page 429.
- Lallement.** — Mémoires de la Société d'émulation de Paris, tome III.
- Lammert.** — Beiträge zur casuistik der hydrocele feminæ (Münchener medicinische Wochenschrift. XXXVIII, 1891).
- Lannelongue.** — Traité des kystes congénitaux.
- Lapeyre.** — Gazette des hôpitaux, 1895, page 603, hydrocèle de la femme.
- Lecat.** — Transactions philosophiques, t. XLVIII, page 222, 1751.
- Lee.** — The Lancet, septembre 1857.
- Liermann.** — Centralblatt für chirurgie, 1895, page 238.
- Mac Donnell.** — London medical gazette, 1849.
- Majewski.** — Centralblatt für chirurgie, 1895, page 804.
- Malassez.** — Bull. de la Société anatomique, 1871.
- Mencièrè.** — Kystes du canal vagino-péritonéal et kystes du canal de Nück, 1898.
- Michel.** — Centralblatt für chirurgie, 1891, page 768.
- Mourey.** — Kystes des grandes lèvres. Thèse Paris, 1882.
- Niemann.** — Dissertation inaugurale, Gottingen, 1882.

F. Noll. — Ueber hydrocele femineæ seu ligamenti uteri rotundi. *Centralbl. für Gynäkol.* 1898, n° 29, page 765.

Nüch. — *Adenographia curiosa et uteri foeminei anatome nova.* Leyde, 1692.

Palletta. — *Mémoires de l'institut italien* 1832, tome II.

A. Paré. — *Œuvres*, Paris 1614. Livre VII, chapitre 18, page 267; œuvres complètes, édition de Malgaigne 1840, tome I, page 346.

Picqué. — *Encyclopédie de chirurgie* VII^e vol. page 785.

Puech. — Des ovaires et de leurs anomalies. Th. Paris 1873, page 54.

Rabère. — Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme. Th. Paris 1883.

Ramonède. — Canal péritonéo-vaginal. Th. Paris 1883.

Reboul. — Tumeur kystique de la grande lèvre. (*Bull. de la Société anatomique* 1888).

Regnoli. — Interno l'idrocele delle donne Pise 1832. *Archives générales de médecine*, II série, tome V, page 128.

Richelot. — Académie de médecine, séance du 16 sept. 1890. Sur un cas de persistance du canal de Nüch, *Union médicale* 1890.

Sacchi. — *Annali universali di Medicina*, vol. 57, fasc. 171. Marco 1831, page 437.

Hugo Sachs. — Untersuchungen ueber den Processus vaginalis peritonei. *Arch. für klinische chirurgie* 1887, tome XXXV, page 321.

Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive.*

Skutsch. — Société médicale d'Iéna, séance du 24 nov. 1898 *Gazette hebdomadaire* 1899, page 48.

Ed. Schwartz. — *Semaine médicale* 7 oct. 1891.

Thorn. — Société médicale de Magdebourg, séance du 24 avril 1898. *Gaz. hebdomadaire* 1898, page 574.

Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, tome II. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1890.

Velpeau. — *Dictionnaire en 37 vol. Mot. hydrocèle* 1837.

Wechselmann. — Archives de Langenbeck 1890, B d XL, page 578.

L. Weber. — Contribution à l'étude des kystes vulvaires (kystes Wolffiens) Th. Paris 1898, page 63.

Wile. — The American journal of obstetrics and diseases of women, etc., 1881, vol. XIV, page 585.

Zuckerkanld. — Ueber den Scheidenforsatz des Bauchfelles und dessen Beziehung zur ausserer Leistenhernie (Arch. für klinische chirurgie, XX, 1876).

